

Le contrôle et le traitement du staphylocoque doré méthicillino-résistant dans les établissements de santé pédiatriques du Canada



Société
canadienne
de pédiatrie

English on page 163

RÉSUMÉ

Les taux d'infection au staphylocoque doré méthicillino-résistant (SDMR) et de colonisation par cette bactérie chez les patients hospitalisés du Canada ont décuplé depuis 1995. L'acquisition nosocomiale se produit fréquemment chez les adultes, mais elle est inhabituelle chez les enfants. Des souches de SDMR acquises dans la collectivité, qui ne sont pas reliées aux souches hospitalières, ont émergé ces dernières années. Elles se caractérisent par une antibiorésistance et des gènes de virulence distincts et, contrairement aux souches hospitalières, elles se manifestent davantage chez les jeunes enfants que chez les adultes.

Lorsque la prévalence de SDMR est plus élevée dans une collectivité, des échantillons des cas présumés d'infection au staphylocoque doré doivent être obtenus pour procéder à des cultures microbiologiques dans la mesure du possible, afin de déterminer la sensibilité antimicrobienne et d'orienter le traitement. Si plus de 10 % des isolats de staphylocoque doré provenant de la collectivité sont méthicillino-résistants, le traitement empirique des infections présumées au staphylocoque doré devrait inclure le traitement du SDMR. Les infections graves devraient être traitées à la vancomycine et aux bêta-lactamines en attendant les tests de sensibilité. Les abcès doivent être drainés rapidement. La clindamycine ou la linézolide peut

également être utilisée si une sensibilité est documentée et qu'un antibiotique bactériostatique suffit. En présence d'infections moins graves, les traitements empiriques possibles sont la clindamycine, le triméthoprim-sulfaméthoxazole, la tétracycline, les macrolides et les quinolones. Les modèles de sensibilité locaux doivent être envisagés. En cas d'infections superficielles mineures, il se pourrait que l'incision et le drainage suffisent.

D'ordinaire, le SDMR est introduit dans un établissement par un patient infecté ou colonisé, puis transféré entre patients par les mains du personnel ou le partage d'équipement. Le foyer le plus colonisé demeure les narines. Il est démontré que des mesures agressives de contrôle de l'infection, y compris des cultures de surveillance chez les patients vulnérables, des précautions au contact et la réduction de la promiscuité, diminuent la transmission du SDMR en milieu hospitalier. Le dépistage des patients vulnérables ne permettra pas de repérer tous les patients colonisés, surtout en raison de la prévalence croissante des souches acquises dans la collectivité. Des pratiques systématiques pertinentes s'imposent pour prévenir la transmission des microorganismes auprès de tous les patients. De plus, les mesures énumérées au tableau 1 sont recommandées.

Pour obtenir plus d'information, se reporter au texte intégral de l'énoncé, à l'adresse <<http://www.cps.ca/francais/publications/MaladiesInfectieuses.htm>>.

TABEAU 1

Sommaire des recommandations pour contrôler la transmission du staphylocoque doré méthicillino-résistant (SDMR) dans les établissements de santé

Pratiques systématiques et précautions supplémentaires	<ul style="list-style-type: none"> • Renforcer les pratiques systématiques pour les soins de tous les patients. • Implanter des précautions supplémentaires d'après la présentation clinique, quel que soit le statut du SDMR. Ces précautions incluent des mesures pour éviter les contacts avec les plaies de drainage ou les lésions cutanées qui doivent demeurer à découvert, et avec les sécrétions aérogènes des enfants ayant des infections respiratoires.
Repérage des cas	
Dépistage sélectif des patients	<ul style="list-style-type: none"> • Procéder au dépistage des patients : <ul style="list-style-type: none"> - s'ils ont été hospitalisés à l'extérieur du Canada au cours de l'année précédente. - s'ils ont été transférés d'un centre où la SDMR est endémique ou d'un centre où l'on observe une flambée courante ou récente de SDMR. - s'ils ont eu un contact connu avec une personne colonisée par le SDMR, en milieu hospitalier, dans un autre établissement ou au sein de la famille. - si on sait qu'ils ont déjà été colonisés ou infectés par le SDMR.

suite à la page suivante

Correspondance : Société canadienne de pédiatrie, 2305, boulevard St Laurent, Ottawa (Ontario) K1G 4J8, téléphone : 613-526-9397, télécopieur : 613-526-3332, Internet : www.cps.ca, www.soinsdenosenfants.cps.ca

TABLEAU 1 (suite)
Sommaire des recommandations pour contrôler la transmission du staphylocoque doré méthicillino-résistant (SDMR) dans les établissements de santé

Cas sporadiques	<ul style="list-style-type: none"> En présence de cas sporadiques dépistés par l'isolation du SDMR dans des échantillons cliniques, il faut prendre des dispositions pour que les laboratoires de microbiologie informent rapidement le praticien responsable du contrôle des infections et le médecin traitant afin que des mesures pertinentes soient adoptées.
Cas déjà connus	<ul style="list-style-type: none"> Les identifier par un système de signalisation.
Interventions de dépistage	<ul style="list-style-type: none"> Faire une culture dans les deux narines (un écouvillon). Faire une culture des plaies, des lésions cutanées, des foyers de stomie, de l'aspirat endotrachéal en cas d'intubation et de l'urine en présence d'une sonde à demeure. Faire une culture de l'ombilic du nouveau-né.
Hébergement du patient	
Patients hospitalisés atteints d'un SDMR connu	<ul style="list-style-type: none"> Les installer dans une chambre privée dans la mesure du possible. Si c'est impossible, prioriser les chambres privées pour les patients plus susceptibles de transmettre la bactérie (par des plaies infectées, des lésions cutanées à découvert, des stomies, des infections des voies respiratoires ou s'il s'agit de jeunes enfants à l'hygiène inadéquate qui ne peuvent être confinés au lit ou à l'espace de leur lit). Dans les chambres non privées, maintenir une stricte séparation physique d'au moins un mètre entre les patients et choisir des compagnons de chambre peu vulnérables au SDMR ou aux effets indésirables s'ils le contractent. Les patients colonisés par des souches de SDMR aux antibiogrammes similaires peuvent être jumelés. Ne pas jumeler un patient ayant une souche acquise dans la collectivité (qui pourrait être plus virulente) avec un patient ayant une souche hospitalière (qui pourrait être plus résistante).
Patients en cliniques externes atteints d'un SDMR connu	<ul style="list-style-type: none"> Séparer un enfant présentant des facteurs de risque de transmission (plaies, lésions cutanées, stomies ou infections des voies respiratoires colonisées) des autres patients et l'installer dans une salle d'examen dans les plus brefs délais; envisager de planifier les consultations cliniques à la fin de la journée.
Patients exposés au SDMR en attente de résultats	<ul style="list-style-type: none"> Les installer dans une chambre privée dans la mesure du possible. Si c'est impossible, prioriser conformément aux directives précédentes. Maintenir une stricte séparation physique entre les patients et choisir soigneusement les compagnons de chambre.
Précautions contre la propagation	
Patients hospitalisés	<ul style="list-style-type: none"> Porter des gants pour pénétrer dans la chambre du patient ou aller près de son lit. Porter un masque opératoire et des protecteurs oculaires comme pendant les pratiques systématiques (pendant la succion du patient et pour les interventions qui peuvent provoquer des éclaboussures de sécrétions, d'excrétions, de sang ou d'autres liquides corporels dans le visage). Porter un masque opératoire à moins d'un mètre du patient atteint d'une infection des voies respiratoires. Porter un sarrau si les avant-bras ou les vêtements seront en contact direct avec le patient ou des articles susceptibles d'être contaminés dans l'environnement du patient. Retirer le sarrau et les gants avant de quitter la chambre.
Patients en cliniques externes	<ul style="list-style-type: none"> Utiliser des gants, un sarrau, un masque et des protecteurs oculaires conformément à la pratique systématique. Si le patient présente des facteurs de risque de transmission (plaies infectées, lésions cutanées à découvert, stomies ou infection des voies respiratoires), utiliser des gants et un sarrau comme s'il s'agissait de patients hospitalisés.
Hygiène des mains	
	<ul style="list-style-type: none"> Se laver les mains à l'aide d'un savon ou d'un nettoyant antiseptique après un contact avec un patient, après avoir touché de l'équipement ou des surfaces contaminés ou au moment de quitter la chambre ou le lit du patient. Se laver les mains après avoir retiré ses gants.
Bain du patient	
<ul style="list-style-type: none"> Utiliser un nettoyant cutané antiseptique pour le bain du patient (chlorhexidine, triclosan, hexachlorophène). 	
Environnement	
	<ul style="list-style-type: none"> Réserver l'équipement à l'usage exclusif du patient ou le désinfecter avant de l'utiliser auprès d'un autre patient. Nettoyer la chambre au moins une fois par jour en s'attardant aux surfaces les plus manipulées, comme les ridelles, les poignées de porte, etc., et les articles situés dans les environs immédiats du patient.
Éradication du SDMR	
Envisagée dans des situations précises seulement	<ul style="list-style-type: none"> Peut être indiquée pour : <ul style="list-style-type: none"> contrôler les flambées; les patients devant être transférés vers un établissement où il sera possible de les isoler; les travailleurs de la santé impliqués dans la transmission; certains patients très vulnérables, afin de réduire leur risque d'infection par le SDMR. Utiliser une association de bain antiseptique quotidien (p. ex., chlorhexidine), de traitement topique (p. ex., onguent de mupirocine 2 % dans les narines trois fois par jour) et de traitement oral selon la sensibilité antimicrobienne de la souche colonisante (p. ex., triméthoprim-sulfaméthoxazole 4/20 mg TMP/SMX/kg/dose deux fois par jour [dose maximale de 160/800 mg deux fois par jour] associée à de la rifampine 10 mg/kg/dose deux fois par jour [dose maximale de 300 mg deux fois par jour]) pendant sept jours.

suite à la page suivante

TABLEAU 1 (suite)

Sommaire des recommandations pour contrôler la transmission du staphylocoque doré méthicillinorésistant (SDMR) dans les établissements de santé

Durée des précautions

- Porteur de SDMR connu
 - Poursuivre pendant toute la durée de l'hospitalisation, à moins d'un séjour de longue durée.
 - En cas de séjour de longue durée (plus de deux mois), abandonner lorsque trois séries de cultures prises à intervalle d'au moins une semaine sont négatives au SDMR et que le patient n'a pas été sous antibiothérapie depuis au moins une semaine. Procéder à la culture des narines et des autres foyers susceptibles d'être positifs.
 - En cas de réhospitalisation, procéder au dépistage du SDMR. Continuer à prendre des précautions jusqu'à ce que trois séries de cultures consécutives, prises comme il est indiqué ci-dessus, soient négatives.
 - Le dépistage doit également être effectué lors des visites de suivi en clinique.
- Contact avec le SDMR
 - Interrompre si les tests de dépistage sont négatifs.

Prise en charge des contacts

- S'il s'agit d'un cas
 - Si un patient atteint d'un SDMR est repéré et qu'aucune précaution n'a été prise, procéder au dépistage auprès des contacts probables du patient. Le dépistage ne peut être indiqué que pour les compagnons de chambre, l'unité de soins du patient ou une zone de soins spéciaux (p. ex., hémodialyse), selon les activités du patient de référence.
- S'il s'agit d'un cas nosocomial
 - Un dépistage supplémentaire peut s'imposer pour repérer la source potentielle.
- En cas de flambée
 - La flambée désigne une augmentation de l'incidence ou de la prévalence du SDMR par rapport aux taux de fond.
 - Si le SDMR est endémique, il est important de connaître les taux de fond pour permettre de dépister la flambée.
 - En l'absence de cas préalables, deux cas documentés concurremment ou à peu d'intervalle devraient faire l'objet d'une exploration.
 - Demander conseil à un spécialiste de la prise en charge des flambées.

Éducation

- Informer tout le personnel des politiques de contrôle des infections.
- Remettre de l'information au patient et à sa famille (raisons des précautions, répercussions pour le patient, mesures à prendre à la maison et au retour éventuel à l'établissement de santé).

Transfert à un autre établissement

- Informer l'établissement à l'avance.

Utilisation judicieuse des antibiotiques

- Utiliser les antibiotiques de manière judicieuse. Éviter un usage excessif ou inadéquat. Limiter l'usage des fluoroquinolones.
-

COMITÉ DES MALADIES INFECTIEUSES ET D'IMMUNISATION (2005-2006)

Membres : Docteurs Simon Richard Dobson, BC's Children's Hospital, Vancouver (Colombie-Britannique); Joanne Embree (présidente), université du Manitoba, Winnipeg (Manitoba); Joanne Langley, IWK Health Centre, Halifax (Nouvelle-Écosse); Dorothy Moore, L'Hôpital de Montréal pour enfants, Montréal (Québec); Gary Pekeles (représentant du conseil), L'Hôpital de Montréal pour enfants, Montréal (Québec); Élisabeth Rousseau-Harsany (représentante du conseil), Hôpital Sainte-Justine, Montréal (Québec); Lindy Samson, Hôpital pour enfants de l'est de l'Ontario, Ottawa (Ontario)

Conseillère : Docteur Noni MacDonald, département de pédiatrie, IWK Health Centre, Halifax (Nouvelle-Écosse)

Représentants : Docteurs Upton Allen, The Hospital for Sick Children, Toronto (Ontario) (Canadian Pediatric AIDS Research Group); Scott Halperin, IWK Health Centre, Halifax (Nouvelle-Écosse) (IMPACT); Monica Naus, BC Centre for Disease Control, Vancouver (Colombie-Britannique) (Santé Canada, comité consultatif national de l'immunisation); Larry Pickering, Centers for Disease Control and Prevention, Atlanta, Géorgie (États-Unis) (American Academy of Pediatrics, comité des maladies infectieuses)

Auteure principale : Docteur Dorothy Moore, L'Hôpital de Montréal pour enfants, Montréal (Québec)

Les recommandations du présent énoncé ne constituent pas une démarche ou un mode de traitement exclusif. Des variations tenant compte de la situation du patient peuvent se révéler pertinentes. Les adresses Internet sont à jour au moment de la publication.